FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906 — THÈSE — N° 3

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le Jeudi 7 Juin 1906, à 1 heure*

PAR

**Maurice SAUBERT**

De la Faculté de Médecine de Paris

Ancien Interne de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand

## DU TRAITEMENT

DES

# BLÉPHARITES CILIAIRES

PAR

## L'HERMOPHÉNYL

*Président :* M. DE LAPERSONNE, *professeur*

*Juges* { MM. BUDIN, *professeur*
GILBERT, *professeur*
CARNOT, *agrégé*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

**BONVALOT-JOUVE**

15, RUE RACINE, 15

1906

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

| | |
|---|---|
| **Doyen** | M. DEBOVE. |
| **Professeurs** | MM. |
| Anatomie | P. POIRIER |
| Physiologie | Ch. RICHET. |
| Physique médicale | GARIEL. |
| Chimie organique et Chimie minérale | GAUTIER. |
| Histoire naturelle médicale | BLANCHARD |
| Pathologie et thérapeutique générales | BOUCHARD |
| Pathologie médicale | HUTINEL. BRISSAUD. |
| Pathologie chirurgicale | LANNELONGUE |
| Anatomie pathologique | CORNIL. |
| Histologie | MATHIAS DUVAL |
| Opérations et appareils | SEGOND. |
| Pharmacologie et matière médicale | POUCHET. |
| Thérapeutique | GILBERT. |
| Hygiène | CHANTEMESSE |
| Médecine légale | BROUARDEL |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | DEJERINE. |
| Pathologie expérimentale et comparée | ROGER. |
| Clinique médicale | HAYEM DIEULAFOY. DEBOVE LANDOUZY. |
| Maladies des enfants | GRANCHER. |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale | JOFFROY. |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | GAUCHER. |
| Clinique des maladies du système nerveux | RAYMOND |
| Clinique chirurgicale | LE DENTU. TERRIER. BERGER. RECLUS. |
| Clinique ophtalmologique | DE LAPERSONNE |
| Clinique des maladies des voies urinaires | GUYON. |
| Clinique d'accouchements | BUDIN. PINARD. |
| Clinique gynécologique | POZZI |
| Clinique chirurgicale infantile | KIRMISSON. |
| Clinique thérapeutique | A. ROBIN. |

## Agrégés en exercice.

MM.

| | | | |
|---|---|---|---|
| AUVRAY | DESGREZ | LAUNOIS | POTOCKI |
| BALTHAZARD | DUPRE | LEGRY | PROUST |
| BRANCA | DUVAL | LEGUEU | RENON |
| BEZANÇON | FAURE | LEPAGE | RICHAUD |
| BRINDEAU | GOSSET | MACAIGNE | RIEFFEL (chef |
| BROCA (ANDRÉ | GOUGET | MAILLARD | des travaux anat. |
| CARNOT | GUIART | MARION | TEISSIER |
| CLAUDE | JEANSELME | MAUCLAIRE | THIROLOIX |
| CUNEO | LABBE | MERY | VAQUEZ |
| DEMELIN | LANGLOIS | MORESTIN | WALLICH |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MES ONCLES ET A MES TANTES

A MA MARRAINE

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

## M. LE PROFESSEUR DE LAPERSONNE

Professeur de Clinique opthalmologique
à la Faculté de Médecine de Paris
Chevalier de la Légion d'honneur

DU

# Traitement des Blépharites Ciliaires

## PAR L'HERMOPHÉNYL

---

## AVANT-PROPOS

Parvenu au terme de nos études, nous sommes heureux d'exprimer notre sincère reconnaissance aux maîtres qui nous ont donné par leurs conseils et par leurs exemples le meilleur de notre formation médicale.

Durant les trois années d'étude que nous avons accomplies à l'Ecole de Clermont-Ferrand, MM. les professeurs Bousquet, du Cazal et Planchard, dont nous avons eu l'honneur d'être l'interne, tout en nous faisant part de leur profonde science clinique, nous ont témoigné une bienveillance et un intérêt de tous les instants ; qu'ils nous permettent de leur offrir l'expression de notre bien vive gratitude et de notre attachement.

Nous ne saurions oublier MM. les docteurs Pojolat, Maurin, Bide, Lepetit, Billard, Gros, Attaix, Dionis du Séjour. Nous garderons de leurs excellentes leçons de précieux enseignements, de nos relations avec eux le plus agréable souvenir.

A Paris, nous avons eu pour guide dans l'art des accouchements M. le professeur Lepage. Son enseignement quotidien, familier et pratique, nous en a rendu l'étude attrayante et fructueuse.

Les leçons de M. le professeur Pozzi ne nous ont pas été moins utiles. C'est de tout cœur que nous le remercions de nous avoir initié aux difficultés du diagnostic et du traitement des affections gynécologiques.

Il nous reste à acquitter une dette toute particulière de reconnaissance envers M. le Dr Rochon-Duvigneaud, ophtalmologiste des hôpitaux, en qui nous avons rencontré un maître d'une rare affabilité ; après nous avoir indiqué le sujet de ce modeste travail, il nous a aidé de ses conseils et donné les plus larges facilités dans son service pour le mener à bien. MM. les Drs Onfray et Caillaud, assistants, M. Coutelas, interne des hôpitaux, nous ont apporté un précieux concours dans nos recherches.

Ce sera toujours avec plaisir que nous évoquerons les heures passées dans le service d'ophtalmologie des Enfants-Malades et avec une sincère gratitude que nous songerons à tous ceux qui nous y ont cordialement accueilli.

M. le professeur de Lapersonne nous a fait le

grand honneur de vouloir bien accepter la présidence de cette thèse; nous le prions de recevoir ici l'hommage de notre respectueuse reconnaissance.

## L'HERMOPHÉNYL (1)

Le mercure phénol disulfonate de sodium est le plus intéressant d'une série de composés organo-métalliques de mercure découverts par MM. A. et L. Lumière au cours de leurs incessantes recherches.

Nous n'insisterons pas sur sa préparation. Disons immédiatement que le produit est une poudre blanche amorphe, facilement soluble dans l'eau (22 o/o) dans la glycérine (10 o/o) insoluble dans l'alcool et dans l'éther. La solution aqueuse n'a pas la saveur métallique que présentent les composés mercuriels, elle n'a presque que la saveur saline que présentent les sels de sodium.

C'est un corps de faible toxicité :

1° Par voie intra-veineuse : 0 gr. 04 par kilogramme chez le chien et le lapin ;

2° Voie sous-cutanée : 0 gr. 125 par kilogramme chez le cobaye ;

---

1. Voir pour l'étude chimique et pharmacodynamique complète la thèse du Dr Mournand (Lyon, 1902. *De l'hermophényl*). Nous ne ferons que reproduire ou résumer les parties de cet excellent travail qui se rapportent au point spécial que nous avons l'intention d'exposer.

3° Voie gastrique : 0 gr. 20 par kilogramme chez le cobaye.

*Action antiseptique.* — Les propriétés antiseptiques de l'hermophényl présentent un intérêt tout spécial dans le sujet qui nous occupe.

Les expériences de MM. Lumière et Chevrotier ont démontré que ces propriétés étaient considérables.

Voici les résultats qu'ils ont obtenus :

*Pouvoir antifermentatif et antivégétatif.* — Des bouillons non stérilisés ont été additionnés d'hermophényl dans des proportions variant depuis 1/100.000 jusqu'à 5/1000. Les ballons renfermant ces bouillons ont été portés à l'étuve à 37 degrés.

A la dose de 1/100.000 la végétation n'est pas retardée.

A la dose de 1/20.000 d'hermophényl la végétation ne commence que quarante-huit heures après celle des ballons témoins.

Tous les autres ballons étaient stériles douze jours après la mise à l'étuve.

A la dose de 1/10.000 l'hermophényl s'est donc opposé à la putréfaction. Même expérience en substituant du sang aux bouillons de viande.

Dans ce cas la fermentation est déjà retardée avec une proportion de 1/100.000. Elle ne se produit qu'au bout de six jours avec une proportion de 1/10.000. Des tubes qui contenaient une quantité plus élevée d'hermophényl restent stériles douze jours après l'expérience.

La putréfaction du sang est empêchée par une dose de 1/5000.

Dans une troisième série d'essais, on se sert de ballons renfermant des bouillons stérilisés additionnés de 1/500 à 1/10.000 d'hermophényl, que l'on ensemence avec des cultures pures de bacille pyocyanique, de *staphylocoque*, de bacille subtilis, de bacille lactis et de bacille d'Eberth.

Mise à l'étuve à 38 degrés. Pas de culture vingt-quatre heures après.

Quarante-huit heures après l'ensemencement, les ballons à bacille d'Eberth, bacille lactis et *staphylocoque* avec 1/10.000 de produit sont un peu louches, les autres sont encore limpides.

Le septième jour tous les ballons à 1/10.000 et 1/5000 sont troubles à des degrés variant avec la concentration, les autres sont stériles.

D'où l'on peut conclure que toute végétation est arrêtée avec une proportion d'hermophényl entre 1/1000 et 1/5000.

2° *Pouvoir bactéricide.* — Le pouvoir bactéricide de l'hermophényl a été déterminé par deux procédés: *Méthode de Tarnier et Vignal modifiée par Legry.*

On a ensemencé avec des cultures de bacille coli *staphylocoque,* bacille pyocyanique, bacille d'Eberth, bacille subtilis, des tubes de bouillons renfermant de petits nouets de coton préalablement stérilisés.

Après quarante-huit heures d'étuve, les cultures sont bien développées ; on retire les nouets que l'on fait égoutter dans des tubes stérilisés et on les porte

dans des solutions d'hermophényl de 0,25 à 10 o/oo. Le contact est maintenu de une minute à une heure. Les nouets sont alors lavés à l'eau stérilisée pendant trente minutes, puis placés dans des tubes de bouillon et mis à l'étuve.

Dans une deuxième méthode, on a versé 20 centimètres cubes de cultures en pleine activité dans des solutions de sel à différents titres et après un contact variable, enlevé une goutte du mélange que l'on ensemença sur de nouveaux bouillons portés à l'étuve à 38 degrés.

Les cultures qui n'avaient point végété après huit jours furent considérées comme stériles.

D'après ces expériences les microorganismes étudiés ont été tués dans les conditions suivantes :

Bacille pyocyanique après cinq minutes de contact avec une solution à 10 o/oo de sel d'Hg.

Bacille subtilis après deux et dix minutes de contact avec une solution à 2 o/oo de sel d'Hg.

*Staphylocoque* après deux minutes de contact avec une solution à 10 o/oo de sel d'Hg.

*Staphylocoque* après cinq minutes de contact avec une solution à 5 o/oo de sel d'Hg.

Bacille coli après cinq minutes de contact avec une solution à 5 o/oo de sel d'Hg.

Bacille d'Eberth après une heure de contact avec une solution à 1 o/oo de sel d'Hg.

En résumé, un contact de quelques minutes avec une solution à 10 o/oo suffit pour tuer les principaux microbes.

Les solutions au millième demandent un contact plus prolongé pour produire les mêmes effets.

D'autres expériences vont nous renseigner sur des effets de l'hermophényl fort intéressants pour nous :

*Action sur la conjonctive.* — On a instillé dans les yeux de trois chiens quelques gouttes de solution à 5 grammes, 10 grammes et 50 grammes pour 1000.

Les yeux examinés quelques instants après l'instillation, puis à de fréquents intervalles le jour de l'expérience et le lendemain n'ont présenté aucun phénomène particulier : ni larmoiement, ni conjonctivite, ni réaction pupillaire.

*Action sur la peau.* — On a pu maintenir pendant quatre heures en contact avec la peau saine de l'avant-bras, au moyen d'un pansement humide, une solution d'hermophényl à 4 o/o sans provoquer d'érythème. Une autre expérience avec la solution à 1 o/o maintenu pendant trois jours consécutifs, dans les mêmes conditions n'a pas amené de rougeur ni aucune altération.

MM. Lumière et Chevrotier terminent leur étude par les conclusions suivantes :

« 1° L'hermophényl est un composé organo-métal-
« lique contenant 40 o/o de mercure, très soluble
« dans l'eau et dans lequel les réactions du mercure
« sont masquées ;

« 2° Le coefficient de toxicité de cette substance
« est de 0 gr. 040 par voie intraveineuse chez le chien
« et le lapin ; 0 gr. 25 par voie sous-cutanée et
« 0 gr. 20 par ingestion chez le cobaye.

« 4° *L'hermophényl est doué de propriétés anti-*
« *végétatives et microbicides de premier ordre.*

« 9° *Il est dépourvu de propriétés irritantes et*
« *peut en solution à 40 o/oo être mis en contact quel-*
« *ques instants avec la peau, les plaies et les muqueuses*
« *sans déterminer d'accidents ; dans les mêmes con-*
« *ditions, le contact prolongé avec les solutions*
« *au 1/500 et même 1/100 ne paraît présenter aucun*
« *inconvénient.* »

## Les blépharites et l'infection microbienne

C'est à dessein que nous venons de reproduire à peu près dans leur entier les expériences de MM. Lumière et Chevrotier sur les propriétés antiseptiques de l'hermophényl et les conclusions qu'ils en ont tirées!

Au cours de ces dernières années, en effet, les blépharites ciliaires ont été l'objet de nombreux travaux et leur classification a subi un complet remaniement. L'étude bactériologique de la paupière normale ou pathologique, une analyse minutieuse des diverses variétés de blépharites ont mis en évidence le rôle que jouait dans ces affections l'élément microbien.

On nous permettra donc avant d'aborder l'étude clinique des effets de l'hermophényl d'esquisser sommairement les points essentiels de ces recherches puisqu'elles nous fournissent le meilleur argument en faveur d'une thérapeutique antiseptique, et, la

classification provisoire d'ailleurs qui en est résultée. Nous y trouverons en outre l'avantage de pouvoir rattacher à quelques types assez nets les cas morbides que nous avons observés et qui seront étudiés plus loin.

### *Bactériologie du bord ciliaire.*

Par ses fonctions aussi bien que par sa conformation le bord ciliaire est particulièrement apte à recevoir les hôtes microbiens.

Cuénod conclut à leur présence constante (1). « Parmi les germes nombreux dont la peau de la « paupière et le bord ciliaire sont le siège, les plus « fréquents sont les staphylocoques. Ces derniers « existent à peu près constamment, à l'exclusion des « autres, au niveau du point d'implantation des cils, « les staphylocoques sont le staphylococcus albus « et le staphylococcus aureus, ce dernier n'existant « que dans un cinquième des cas et toujours en « faible quantité. Nous n'avons jamais rencontré le « streptocoque à ce niveau. »

Passant maintenant à l'étude des blépharites, nous aurons encore l'occasion d'invoquer les conclusions de Cuénod sur le bord ciliaire pathologique. La classification de Terson (1), résumé des opinions

---

1. Cuénod. *Bactériologie et parasitologie des paupières.* Thèse de Paris, 1894.

couramment admises sur les blépharites, nous servira de guide.

Pour cet auteur, les blépharites se distinguent en blépharites ulcéreuses et en blépharites sèches.

1° *Blépharites ulcéreuses ou suppurées.* — La lésion est très apparente et le diagnostic s'impose. La paupière érythémateuse, souvent œdématiée aux périodes aiguës, présente à son bord libre des croûtes agglomérées, localisées à la base et au pourtour des cils et d'autant plus abondantes que l'inflammation est plus vive. Les cils qui émergent, en petit nombre d'ailleurs, sont ternes, raides, tombent à la moindre traction, dépourvus en un mot de leur vitalité ; si l'on enlève l'un d'eux, ou simplement après ramollissement des croûtes et nettoyage du bord ciliaire, on met à nu un petit cratère saignant. Pratique-t-on l'épilation, le bulbe ciliaire entraîne un petit bourbillon, découvrant une perte de substance rougeâtre ou encore franchement ramollie et suppurante.

Par l'examen microscopique et les cultures on constate une abondante pullulation de staphylocoques dorés plus virulents, on le sait, que le staphylocoque blanc que l'on rencontre aussi parfois ; ce dernier est, nous l'avons vu, un parasite habituel de la paupière normale.

---

1. *Encyclopédie d'ophtalmologie*, article : *Blépharites* par Terson. — Terson. « La classification dermatologique des blépharites ciliaires. » *Annales d'oculistique*. Paris, 1903.

Dans les formes aiguës les croûtes sont constituées non de squames épidermiques mais de fibrine et de pus concrétés.

Les cils sont atteints à des degrés divers.

En somme il s'agit dans les blépharites ulcéreuses de folliculites : folliculites superficielles, orificielles (porofolliculites de Besnier) ou folliculites profondes, follicules aiguës ou folliculites chroniques. Et un examen attentif des malades permet d'en saisir les différents aspects évolutifs : au début papule rougeâtre surmontée d'un cil, faisant bientôt place à une pustule jaune suppurée dont la rupture produit le petit cratère ulcéreux. C'est aussi la période de formation des orgelets. Puis abondante production de croûtes qui recouvrent tout ce qui n'est pas à l'état d'abcès ou d'orgelets.

Il n'est pas rare quand l'affection n'est pas soignée, ou qu'elle l'est insuffisamment, qu'elle s'installe à l'état chronique : c'est la blépharite ulcéreuse rongeante, « aboutissant à cet état dermatologique « spécial connu sous le nom de sycosis ». La paupière inférieure est toujours la plus atteinte. Les bulbes ciliaires sont atrophiés ou détruits, partant les cils rares, minces. Les ravages s'étendent au bord palpébral. Sous l'influence du processus scléreux, il perd sa forme normale et subsiste sous l'aspect d'un bord presque tranchant, mince, irrégulier, parsemé de quelques cils dont l'implantation vicieuse est une cause fréquente de lésions cornéennes.

La blépharite ulcéreuse a des causes très variées :

impétigo de la face et du bord palpébral mal soigné ou rebelle, eczéma palpébral aboutissant par infection secondaire à la folliculite à staphylocoque. Elle a les causes d'infection communes à toutes les régions voisines des orifices naturels. L'humidité que provoque le larmoiement est pour Galezowski une cause prépondérante de blépharite chez l'adulte. Le clignement, les vices de réfraction ne sont pas étrangers à son apparition. Il faut compter aussi avec les inoculations provenant de régions voisines malades et opérées par grattage.

L'état général de certains sujets : la scrofule, l'albinisme sont une prédisposition à la blépharite.

Bien que la lésion finale que nous avons à traiter soit toujours la même, en dépit de la diversité des causes qui l'ont produite et qui sont fort nombreuses, il est utile d'attirer l'attention sur celles-ci, car elles ne doivent être en aucun cas négligées. Et pour que le traitement local par l'hermophényl produise son plein effet il est essentiel, de toute évidence, que la cause initiale soit attaquée en même temps.

2° *Blépharites squameuses.* — Dans cette variété, la classification ne saurait être absolue, car nous touchons aux affections séborrhéiques, eczémateuses ou eczématiformes et l'accord ou la lumière ne sont encore entièrement faits sur ces points malgré les recherches toujours poursuivies des dermatologistes.

Dans une première forme, le bord ciliaire est couvert de squames légères, de pellicules farineuses abondantes remontant plus ou moins haut sur la

paupière. Elle coïncide souvent avec une localisation analogue sur le cuir chevelu.

2° Des croûtes jaunes friables ou grasses et souples couvrent le bord palpébral. Elles laissent apparaître l'épiderme un peu rouge mais point d'ulcérations. La sécrétion est sébacée et le demodex en est absent. Dans d'autres cas enfin : forme acarienne, la sécrétion est cireuse, ne se concrète pas : l'affection est tenace, s'accompagne de rougeur diffuse et d'un épaississement notable du bord ciliaire. On rencontre le demodex. Les cils sont fragiles, tombent souvent mais sans qu'il y ait de folliculites suppurées.

La première de ces variétés est sans doute analogue au pityriasis simplex ; on peut retrouver dans les squames épidermiques outre le staphylocoque blanc le bacille bouteille de Unna.

Les autres variétés paraissent être des séborrhées. Resteraient les blépharites eczémateuses auxquelles on serait tenté de rattacher les affections qui ne rentrent point dans les variétés communes : ulcéreuses ou sèches. Il importe d'être très réservé sur ce point. Brocq (1) s'est élevé contre la généralisation abusive du qualificatif d'eczéma à des affections qui lui sont totalement étrangères. La part faite à l'eczéma dans les blépharites est maintenant beaucoup plus restreinte qu'autrefois.

Quoi qu'il en soit, il paraît établi que les formes

1. Brocq. Rapport au Congrès de 1900. *Annales de dermatologie*, 1900.

microbiennes sont d'une grande fréquence. Dans l'enfance en particulier les formes aiguës ulcéreuses sont de beaucoup les plus nombreuses (1). Nous sommes assurément moins bien renseignés sur la flore microbienne des blépharites sèches ; on admet cependant que certaines sont dues à un microbe pathogène.

Dans l'eczéma vrai lui-même, l'infection mérite d'être envisagée. Besnier (2) s'exprime ainsi sur l'eczéma : « A la fin de l'année 1900 la majorité des « dermatologistes et des bactériologistes déclare le « phénomène de l'eczématisation primitive amicro- « bien, mais reconnaît également que l'infection mi- « crococcique des champs eczématisés est normale, « régulière et que, par conséquent tout eczéma, « même né pur et amicrobien, devient rapidement « une lésion mixte, ce que nous avons appelé une « polydermite... Ce fait constaté, il n'en est pas moins « manifeste que *l'élément infectieux*, développé sur « champ eczématique, constitue une complication « aggravante, une condition surajoutée d'intensité, « *une cause d'extension sur place ou à distance, de* « *prolongation de durée, et qu'il y a un intérêt majeur* « *à asepsier les surfaces d'eczématisation infectées* « et à protéger les parties saines contre l'action irri- « tante des contaminations micrococciques », et plus

---

1. Valude. Les blépharites et leur traitement. *Union médicale*, Paris, 1893, p. 446.

2. E. Besnier. *Pratique dermatologique*, art. *Eczéma.*

loin : « ...ce qui est également vrai, c'est que la *prophylaxie et la thérapeutique de l'eczéma bénéficieront largement de la notion, aujourd'hui précisée, du rôle des infections microbiennes* ».

Les notions que nous venons de résumer ont donné au traitement des affections du bord palpébral, aux blépharites spécialement, une orientation nouvelle où les antiseptiques jouent un rôle de plus en plus considérable.

C'est aux sels mercuriels que l'on s'est adressé le plus volontiers ; d'autres antiseptiques : l'acide picrique, le protargol, etc., ont été employés avec plus ou moins de succès.

On a d'ailleurs le plus souvent combiné l'emploi des antiseptiques avec les agents modificateurs reconnus efficaces depuis longtemps dans la cure des blépharites.

Nous ne saurions passer en revue tous ces moyens, l'expérience nous fait défaut pour les juger.

Nous nous bornerons à faire ressortir, à l'occasion, les résultats comparatifs que l'on peut déduire de certaines observations.

## L'hermophényl et les blépharites

L'application de l'hermophényl au traitement des blépharites a été préconisée pour la première fois par Grilli (1) en 1904.

---

1. Grilli. Communication à l'Académie de médecine de

Ce fut bien, on le verra, sous l'influence des idées qui viennent d'être exposées plus haut, que celui-ci expérimenta l'hermophényl.

Nous reproduisons intégralement la plus grande partie de sa communication : le procédé qu'il recommande ayant été adopté sans modifications.

« L'ensemble des propriétés de cet antiseptique « énergique me suggéra l'idée de substituer dans le « traitement de la blépharite ciliaire, plus ou moins « persistante, à la solution de sublimé dans la gly- « cérine, qui donne cependant de bons résultats, la « solution d'hermophényl, moins irritante et plus « diffusible... Notre technique a consisté à frotter, « tous les deux jours, *très fortement*, le bord ciliaire « avec un tampon d'ouate imbibé d'une solution « d'hermophényl (1 gr., p. 20 d'eau distillée). Les « deux premiers cas donnèrent des résultats sur- « prenants ; nos deux malades qui fréquentaient « depuis de nombreux mois la clinique furent com- « plètement guéris en moins de deux semaines.

« Encouragé par ces résultats, le professeur Pari- « sotti se décida à expérimenter sur quelques « malades de sa clientèle privée et, de mon côté, je « résolus d'en étendre les applications à la clinique. « Le nombre des malades traités s'éleva bientôt à « une vingtaine et d'une façon constante j'ai obtenu « la guérison. Quelques cas même qui n'avaient pas

---

Rome, 24 avril 1904. Traduit dans le *Journal de médecine de Bruxelles*, 1904, IX.

« été amendés par la solution de sublimé dans la « glycérine, qui avaient résisté à la pommade jaune « ordinaire, et à la pommade à l'ichthyol, furent guéris « rapidement par l'hermophényl, au moyen de lava- « ges répétés trois à quatre fois par jour, avec une « solution à 1 o/o.

« Parmi les nombreuses observations recueillies, « deux, très importantes, me semblent mériter une « attention spéciale.

« Dans l'une il s'agit d'une jeune fille de dix-sept « ans, F... Thérèse, d'un tempérament lympha- « tique, fréquentant à intervalles, depuis environ « six ans, la clinique pour kérato-conjonctivite phlyc- « ténulaire, taches à la cornée et blépharite du bord « ciliaire.

« Traitée à l'hermophényl, la blépharite est com- « plètement guérie en peu de jours. Cette malade « revint quelque temps après pour une phlyctène « péri-cornéenne, mais le bord de la paupière était « resté sain.

L'autre observation a été recueillie par le profes- seur Parisotti, sur une malade de sa clientèle pri- vée, affectée depuis plusieurs années « de blépharite « ulcéreuse, ayant résisté à l'emploi de tous les « traitements. Après l'épilation et l'emploi de l'her- « mophényl, la guérison survint en peu de temps.

« Je ne prétends pas expliquer *l'action remarqua- « blement bienfaisante de l'hermophényl, dans la « blépharite, mais je crois pouvoir dire qu'elle doit « provenir du fait que ce produit, n'irritant pas les*

« *muqueuses, peut être employé en solutions concen-*
« *trées et que ne coagulant pas à froid l'albumine,*
« *il pénètre plus profondément dans les anfractuo-*
« *sités les plus infimes du bord ciliaire où il détruit*
« *les microbes qui y séjournent.*

« *Nos observations*, bien que peu nombreuses, *nous*
« *semblent très encourageantes* et sans prétendre
« affirmer que l'hermophényl est le remède de choix
« dans les blépharites ciliaires, *il y a lieu de l'essayer*
« *dans les cas rebelles aux autres traitements.* »

## OBSERVATIONS

Les observations inédites ou personnelles qui suivent permettent d'aboutir à des conclusions analogues à celles de Grilli.

### OBSERVATION I (personnelle).

(Recueillie dans le service du Dr Rochon-Duvigneaud aux Enfants-Malades, février 1906.)

D... M..., huit ans, se présente le 23 février à la consultation d'ophtalmologie des Enfants-Malades. Enfant assez bien portante, mais d'aspect lymphatique, atteinte de strabisme convergent alternant et d'hypermétropie pour lesquels elle porte des verres correcteurs depuis octobre 1904. Accuse de la blépharite depuis dix-huit mois environ. Elle a été traitée aux Quinze-Vingts assez irrégulièrement par des lotions au borate de soude et applications de pommade à l'oxyde jaune de mercure.

Présente actuellement un érythème très accentué des bords palpébraux et des paupières, d'assez nombreuses croûtelles à la base des cils dont beaucoup ont disparu et quelques folliculites ciliaires surtout à droite.

On frictionne chaque jour le bord ciliaire avec un tampon d'ouate imbibé d'une solution d'hermophényl à 1 o/o.

12 mars. — A gauche bord ciliaire inférieur encore un peu rouge, desquamation furfuracée abondante. A droite les paupières présentent quelques croûtelles à la base des cils, la paupière inférieure est encore épaissie. Mais dès le deuxième jour du traitement les folliculites non suppurées avaient disparu.

Trois jours après, le 15 mars, les croûtelles ont disparu, l'érythème du bord palpébral s'est à peu près effacé. Il persiste simplement sur la paupière et sur le bord palpébral droit des squames furfuracées et à la base des cils un suintement jaunâtre et onctueux.

On cesse dès lors les frictions auxquelles on substitue à titre de précaution des applications de pommade jaune.

La petite malade, qui s'est toujours prêtée à son traitement sans aucune répugnance, revient chaque jour.

21 mars. — Récidive légère, quelques papules au bord ciliaire droit. Frictions à l'hermophényl qui en amènent la disparition dès le surlendemain. La paupière étant alors revenue à son état normal, sauf la persistance d'un léger état furfuracé, on reprend le 26 les applications de pommade jaune que l'on cesse le 30.

Quand la fillette se présente à nouveau le 2 avril, aucune inflammation ; mais on recommence les frictions pour faire disparaître la desquamation. Une interruption d'un jour, le 5, provoque une légère récidive à la paupière inférieure droite avec quelques papules non suppurées. La paupière brossée est redevenue normale le lendemain. Les squames ont disparu.

A droite comme à gauche les bords ciliaires sont normaux, les cils ont complètement repoussé, les paupières sont souples et l'épaississement du début n'a pas laissé de traces.

Nous avons revu la malade les 11, 18, 26 avril, 8 mai. La guérison s'est maintenue.

Il semble qu'il y ait eu dans ce cas une forme mixte dans laquelle existaient en même temps des infections folliculaires et une sécrétion jaunâtre, de la desquamation, appartenant plutôt aux blépharites sèches. Cette dernière forme s'est montrée la plus tenace et a résisté longtemps au traitement.

## OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. le Dr Onfray, assistant d'ophtalmologie.)

Mme C..., atteinte de blépharite ulcéreuse depuis huit à dix ans, a subi tous les traitements en usage : applications de pommade jaune à différents titres, de nitrate d'argent, lotions au borate de soude, pommade à l'ichtyol. Lavages au sublimé faible, le traitement antiseptique ne s'est pas montré sans efficacité, mais son emploi causait à la malade d'intolérables douleurs conjonctivales.

La communication de Grilli sur l'emploi de l'hermophényl donna l'idée d'essayer ce produit.

Frictions quotidiennes avec la solution à 1 o/o. La blépharite céda en une quinzaine de jours.

La malade continue les frictions deux fois par semaine à titre préventif.

La guérison qui date de près de deux ans s'est maintenue. Il est utile pour obtenir le maximum d'effet d'effectuer une fric-

tion énergique des bords ciliaires provoquant une très légère rosée sanglante.

## OBSERVATION III (personnelle).

(Recueillie dans le service du Dr Rochon-Duvigneaud.)

Louis D..., sept ans et demi, salle Bazin.

Entré le 17 avril. Enfant scrofuleux, présente deux petits leucomes à l'œil droit, reliquat d'une ancienne kératite phlycténulaire.

Les paupières sont rouges, un peu infiltrées. Les bords ciliaires sont recouverts par places d'épaisses croûtes, avec ulcérations à la base des cils ; nombreuses papules et folliculites suppurées.

Le petit malade est frictionné quotidiennement dès le 18 avril, et reçoit en même temps de la pommade jaune pour sa cornée.

La blépharite s'atténue progressivement, les lésions récentes avec une grande rapidité et la guérison est complète le 10 mai.

## OBSERVATION IV (personnelle).

(Recueillie dans le service du Dr Rochon-Duvigneaud.)

F... Alice, treize ans — F... Yvonne, sept ans.

Les deux fillettes sont amenées à la consultation des Enfants-Malades le 26 avril pour des troubles de la vision, causés chez l'une et l'autre par un strabisme convergent.

Toutes deux sont atteintes de blépharite ciliaire, invétérée

au dire de leur mère et n'ont été traitées que par des soins de propreté.

La base des cils est engainée dans les croûtelles, recouvrant quelques ulcérations ; çà et là des éléments plus jeunes : papules non suppurées et folliculites.

Après nettoyage des bords ciliaires, on pratique une friction à l'hermophényl et le traitement est continué par les parents.

Les deux enfants que nous revoyons le 4 mai sont très améliorés : papules et folliculites ont disparu, les ulcérations sont en voie de cicatrisation.

Guérison complète le 12 mai.

## OBSERVATION V (personnelle).

(Recueillie dans le service du Dr Rochon-Duvigneaud.)

N... Marguerite, dix ans.

Enfant scrofuleuse ayant eu de nombreuses poussées d'impétigo, atteinte d'adénite cervicale chronique.

Sa mère la conduit à la consultation le 3 mars et nous dit que la maladie remonte à trois mois.

Etat actuel : kérato-conjonctivite phlycténulaire de l'œil gauche, gros œdème et inflammation de la paupière supérieure du même côté. Les cils malades pour la plupart sont agglutinés par des croûtes épaisses et adhérentes, laissant à nu des surfaces ulcérées, de petites anfractuosités en pleine suppuration et saignant facilement. La paupière inférieure est également touchée mais sans œdème.

On remarque des plaques d'impétigo à la lèvre supérieure, aux sourcils et dans le cuir chevelu.

Application de pommade jaune sur la conjonctive et pansement occlusif sec de l'œil malade.

Notons que la kérato-conjonctivite s'est amendée en peu de jours. On commence le 2 avril les attouchements à l'hermophényl. Mais à cause de l'abondance des croûtes et de leur adhérence, il est nécessaire d'appliquer au préalable un pansement humide pour les ramollir.

Après un nettoyage soigneux des bords ciliaires, on pratique l'épilation des cils infectés qui cèdent facilement à la pince. Les points malades sont ensuite touchés très légèrement avec la solution d'hermophényl.

Pour éviter les réinoculations, nous agissons de même sur les placards d'impétigo. La conjonctive et les paupières sont ensuite recouvertes de pommade jaune et pansées à sec.

Le 4 avril se manifeste déjà une sensible amélioration : sécrétion moins abondante, aspect meilleur, moins suppuratif et diminution des ulcérations. L'œdème palpébral s'atténue. L'impétigo ne progresse plus.

Chaque jour amène un progrès notable. Les cils ne tombent plus. L'inflammation est localisée à la partie externe de la paupière supérieure très atteinte au début.

Le 12 avril, l'impétigo a disparu, les petits cratères infectés sont cicatrisés. Des cils jeunes commencent à se montrer. Il ne subsiste qu'un peu d'érythème du bord ciliaire.

Lorsque la petite malade cesse de venir, le 15 avril, la guérison est complète et s'est maintenue le 10 mai quand nous la revoyons.

## OBSERVATION VI (personnelle).

(Recueillie dans le service du Dr Rochon-Duvigneaud.)

S... André, quatre ans et demi. C'est un enfant à figure un peu bouffie, cheveux tirant sur le rouge, cils presque incolores.

Vient le 3 avril. Rougeole trois semaines auparavant. Présente une conjonctivite phlycténulaire de l'œil gauche. Du même côté les paupières, surtout la paupière supérieure, sont œdématiées. Les bords ciliaires sont ulcérés. Nombreuses folliculites, croûtes épaisses. Les cils tombent en masse.

Bien que la rougeole ait été bénigne, les points infectés sont multiples : il y a en effet de l'otite moyenne suppurée droite et un panaris superficiel du pouce gauche.

Le 3 avril et les jours suivants : instillations de nitrate sur la conjonctive malade, frictions du bord ciliaire à l'hermophényl. Le panaris est recouvert, par précaution, d'un pansement humide à l'hermophényl.

Les ulcérations se comblent progressivement.

Le 10, la conjonctivite et le panaris ont disparu. L'otite traitée régulièrement s'amende. Il ne persiste sur le bord externe de la paupière supérieure gauche qu'une petite érosion.

Quand on renvoie l'enfant le 13 avril les ulcérations sont cicatrisées, la paupière a repris sa souplesse et sa couleur normale. Des cils jeunes remplacent ceux qui étaient tombés.

## OBSERVATION VII (personnelle).

(Recueillie dans le service du Dr Rochon-Duvigneaud.)

K... Eugène, trois ans.

Vient aux Enfants-Malades le 23 avril. A eu il y a dix-huit mois la rougeole qui a laissé après elle une blépharite ayant frappé successivement les deux paupières : une première fois, l'an dernier, la paupière gauche. Les soins donnés à l'hôpital Lariboisière en ont eu raison.

Actuellement : récidive aiguë à droite, la paupière supérieure est rouge et épaissie. Le bord ciliaire a perdu la plupart de ses cils, il est parsemé de folliculites et recouvert de croûtelles agglomérées, très abondantes aussi à la paupière inférieure.

Les frictions à l'hermophényl très modérées les deux premiers jours sont pratiquées à partir du 23 avril. On note dès le surlendemain l'effacement des pustules et des folliculites, une inflammation bien moins vive.

La guérison est à peu près complète en une dizaine de jours. Les cils jeunes repoussent.

## OBSERVATION VIII

(Recueillie dans le service du Dr Rochon-Duvigneaud.)

D... Alphonse, six ans et demi, salle Bazin, n° 18.

Il existe chez ce malade, à son entrée le 7 février, un état inflammatoire du bord palpébral inférieur gauche sans abcès,

mais avec perte de cils. La paupière supérieure présente des croûtelles à la base des cils qui ont persisté. Les bords palpébraux ont des tendances à l'atrophie et l'affection évoluerait sans doute vers la forme sténodermique.

Durant une dizaine de jours les paupières malades sont frictionnées quotidiennement avec une solution d'hermophényl à 1 o/o.

L'amélioration est évidente : les cils repoussent nombreux à la paupière inférieure ; la paupière supérieure est nettoyée.

Une interruption de six jours donne lieu à une récidive : un peu de rougeur, quelques pustules et surtout état furfuracé du bord palpébral inférieur.

Trois frictions remettent tout en ordre.

Après cette accalmie, nouvelle poussée le 12 mars avec inflammation des bords cilaires surtout du côté externe : croûtes autour des cils, ulcérations sous-jacentes, pustules et folliculites en évolution.

Les brossages à l'hermophényl sont alors prolongés dix jours, quoique l'inflammation ait cédé rapidement.

Lorsque l'enfant quitte le service le 28 mars, les paupières sont bien nettoyées, souples et d'aspect identique à celles du côté droit qui n'ont jamais été touchées.

## OBSERVATION IX (personnelle).

(Recueillie dans le service du Dr Rochon-Duvigneaud.)

L... Félix, douze ans et demi, salle Bazin, nº 16.

Est entré le 27 janvier pour une conjonctivite granuleuse. A subi le 4 février avec succès la scarification et le brossage des

granulations. Cet enfant est atteint en outre d'une blépharite intense durant depuis deux années, greffée du reste sur un état général caractéristique : tissus épais, infiltrés et pâles.

Les paupières sont le siège d'un érythème rouge vif, d'épaisses croûtes sur les bords ulcérés et *complètement dépourvus de cils*.

10 mars. — Après une vingtaine de frictions à l'hermophényl l'érythème s'efface, les bords palpébraux sont nettoyés et leurs ulcérations cicatrisées. La sécrétion est réduite à de minces croûtelles.

Un fin duvet ciliaire apparaît sur les bords dénudés.

23 mars. — Le traitement est terminé après guérison complète.

Les bords palpébraux sont parfaits et les cils ont repoussé très normaux.

## OBSERVATION X (personnelle).

N... Ernest, vingt-trois mois.

Est amené à la consultation le 31 mars.

Malade, nous dit-on, depuis trois semaines : kératite phlycténulaire de l'œil droit, laquelle s'accompagne d'une rougeur diffuse des bords palpébraux. Les cils ternes, noyés dans les croûtes, tombent à la moindre traction en laissant à nu des ulcérations.

La kératite est traitée par l'atropine et la pommade jaune, la blépharite par des frictions à l'hermophényl. En douze jours environ les bords palpébraux sont entièrement détergés et restent indemnes pendant la durée de la kératite dont la guérison a été bien postérieure.

## ÉTUDE CLINIQUE

Sans prétendre dégager de ces quelques observations des conclusions formelles, nous pouvons toutefois en déduire la marche à suivre dans le traitement des blépharites par l'hermophényl et nous former une opinion sur les résultats qu'on en obtient.

Seuls les cas que nous avons pu suivre entièrement, c'est-à-dire jusqu'à la guérison, ont été cités. On nous permettra de tenir compte d'une quantité d'autres malades ayant subi le même traitement, mais dont nous n'avons pu suivre toute l'évolution. Ceux-ci ont contribué en effet pour une certaine part à nous donner une idée favorable de la valeur de ce procédé.

1° Quelques précautions préalables doivent être prises et tous les auteurs ne manquent pas de le faire remarquer (1) : Dans les blépharites ulcéreuses intenses, le bord ciliaire est encombré de croûtes épaisses formant, avec les cils agglutinés, des concrétions extrêmement adhérentes ; des débris nécrosés masquent le fond des ulcères sous-jacents. Il n'est pas jusqu'aux formes sèches à sécrétion

1. Terson. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1905, p. 450.

jaune et épaisse ou cireuse, décrites par Terson, dans lesquelles l'encombrement du bord palpébral n'oppose un obstacle sérieux à la pénétration de l'antiseptique.

C'est ce que nous avons noté d'une façon particulière chez les malades des observations I (qui présentait une forme pityriasique avec sécrétion jaunâtre) V, VI, atteints de blépharites aiguës.

Dans tous ces cas il est indispensable avant d'appliquer l'hermophényl de déterger soigneusement le bord ciliaire. Un pansement humide à l'eau bouillie suffit. On peut lui substituer une onction avec un corps gras, plus efficace quand il s'agit non de pus desséché, mais d'une sécrétion grasse comme dans les formes sèches.

En pratique, on se contente souvent d'appliquer sur les paupières du malade un tampon d'ouate imbibée d'eau bouillie maintenue un quart d'heure. Les croûtes sont suffisamment ramollies pour céder facilement à un lavage un peu soigneux. On y gagne d'assurer à l'opération suivante toute son efficacité et d'éviter au malade la douleur assez vive que cause l'arrachement des croûtes desséchées : ce qui a son importance chez les enfants dont la docilité n'est pas toujours facile à obtenir.

C'est aussi le moment le plus commode pour l'épilation des cils malades.

2° Le mode d'emploi de l'hermophényl est identique dans toutes nos observations ; c'est le moyen préconisé par Grilli dans sa communication. Il consiste

dans *une friction du bord ciliaire, énergique et assez prolongée, avec un tampon d'ouate aseptique imbibée d'une solution d'hermophényl.* Grilli a insisté avec raison sur la nécessité de frotter *très fortement* la base des cils. Nous avons vu le même procédé constamment en usage et avec succès dans le service d'ophtalmologie des Enfants-Malades. L'apparition d'une fine rosée sanglante sur le bord ciliaire indique que cette condition est réalisée. Les points profondément ulcérés sont traités avec un peu plus de ménagements, mais il est nécessaire cependant de mettre à vif le fond sanieux de ces petits abcès.

### *Quelle préparation doit-on préférer ?*

Le Dr Vital Bérard, d'Angoulême, qui nous a fort obligeamment communiqué son opinion sur l'emploi de l'hermophényl dont il fait usage depuis deux ans contre les blépharites, se prononce en faveur des solutions.

En premier lieu les solutions sont plus propres. « On peut en outre, dit-il, avoir avec la pommade « des cas d'irritations fort ennuyeuses, comparables « avec ce qui se passe quelquefois avec la pommade « jaune mal préparée. Enfin, et c'est à considérer « chez les adultes, la solution ne donne pas comme « les corps gras un voile sur l'œil, quel que soit le « moment de la journée où on l'emploie »

*Titre de la solution.* — Grilli fit d'abord usage

d'une solution à 1 gr. p. 20. Il s'est ensuite arrêté à la préparation :

| | |
|---|---|
| Hermophényl. . . . . | 1 gramme |
| Eau distillée. . . . | 100 grammes |

C'est celle que nous avons vu employer constamment, c'est la plus généralement usitée ; elle est parfaitement efficace et très suffisante, et l'intolérance que nous avons vu se manifester (obs. XI citée plus loin) indique qu'il pourrait être nuisible d'augmenter la proportion de sel mercuriel.

3° Lorsque l'infection est sévère (obs. V et VI), qu'il y a des ulcérations nombreuses et profondes, des inoculations incessantes des points voisins, il est avantageux de faire suivre la friction d'une large application de pommade à l'oxyde jaune ; ces deux malades s'en sont bien trouvés. Comme ils présentaient en même temps un gros œdème inflammatoire des paupières, la région oculaire fut recouverte dans l'intervalle des frictions d'abord d'un pansement humide à l'eau bouillie, puis d'un pansement sec. La résolution de l'œdème a été rapide.

On peut enfin, comme le conseille le Dr Bérard, associer systématiquement une pommade neutre (vaseline boriquée ou vaseline pure stérilisée) qui est appliquée sur les bords palpébraux après le brossage. Cette pratique répond à la double indication de lubrifier la paupière, donc de diminuer la formation des croûtes et dans les cas sérieux dont nous venons de parler, de prolonger l'action antiseptique.

4° Analysons maintenant les cas observés au point de vue des modifications plus ou moins rapides et complètes qu'ils ont subies du fait du traitement. Grilli fait deux ou trois frictions par jour. Nos malades ont subi un seul brossage quotidien.

*Blépharite ulcéreuse aiguë.* — Nous suivrons cette forme à ses différents stades évolutifs : si on peut prendre la maladie à son début, à la période des papules érythémateuses, des folliculites non suppurées, le Dr Bérard estime que les résultats de l'hermophényl sont excellents.

Nous n'avons pas observé de malades dans ces conditions, la clientèle des consultations gratuites ne se présentant qu'avec des lésions confirmées à début éloigné. Mais les formes ulcéreuses ont une ténacité décourageante, précisément grâce aux réinoculations, à l'envahissement de voisinage : une folliculite suppurée devenant le centre d'une couronne de pustules jeunes. De même les récidives se manifestent par l'apparition de folliculites gagnant de proche en proche. C'est ainsi que nous avons pu noter exactement l'influence du traitement sur ces lésions de début et *nous avons été frappé de l'extraordinaire rapidité de son action.*

Obs. I. — On remarque le 23 février, entre autres lésions, des folliculites récentes à droite. Celles-ci disparaissent dès le deuxième jour du traitement. Même malade. Récidive légère le 21 mars, sous forme de papules rouge foncé du bord ciliaire droit : frictions à l'hermophényl qui en amènent la disparition

le surlendemain. Le 5 avril, légère inflammation du bord palpébral supérieur droit avec quelques petites papules : friction, la paupière est normale le lendemain.

Obs. IV. — Blépharite ciliaire invétérée. Traitée à partir du 26 avril ; le 4 mai, les papules et les folliculites se sont toutes effacées.

Obs. VII. — Les brossages sont institués le 23 avril. Le 25 il ne subsiste aucune folliculite.

Obs. VIII. — En cours de traitement une interruption de six jours donna lieu à une récidive : un peu de rougeur et quelques papules du bord ciliaire. Trois frictions remettent tout en ordre. Nouvelle poussée plus sérieuse le 12 mars. Nous nous souvenons que là encore le brossage fut aussi rapidement efficace.

Dans beaucoup d'autres cas, les pustules se sont effacées dans un délai d'un ou deux jours et c'est assurément dans ces conditions que l'action de l'hermophényl est le moins douteuse. Si les résultats que l'on vient de citer s'obtiennent avec une telle régularité sur les paupières à l'état d'infection aiguë ou latente ancienne, nul doute qu'ils seront aussi bons quand la blépharite est à son début et se borne à quelques papules récentes sans abcès folliculaires profonds. Ce qui vient d'être dit des papules non suppurées dispense d'insister sur les folliculites suppurées, mais non ouvertes : elles sont superficielles, n'ont pas été infectées secondairement ; aussi les frictions les modifient-elles presque aussi

rapidement que les premières. Il est nécessaire seulement de les ouvrir pour que l'antiseptique pénètre. Avec cette précaution, on n'en trouve plus trace après deux ou trois séances.

Mais faute d'un traitement opportun, la plupart de nos malades présentaient des blépharites ulcéreuses et les folliculites avaient fait place à de véritables abcès.

Le traitement doit alors répondre à deux indications : 1° limiter l'infection, en arrêtant ou en prévenant les inoculations de voisinage : on a vu comment il remplit cette condition ; 2° supprimer l'infection qui a gagné la profondeur dans les points ulcérés.

Il ne saurait être question d'une action très rapide ; les dégâts sont sérieux et le travail de réparation demande un certain temps.

L'action antiseptique de l'hermophényl est là encore très puissante. On peut supposer avec Grilli que, ne coagulant pas l'albumine, ce corps pénètre mieux dans les petites plaies anfractueuses du bord ciliaire.

Les observations vont nous fixer :

Obs. 5. — La blépharite est sérieuse : gros œdème de la paupière, sécrétion abondante et nombreuses ulcérations du bord ciliaire. Chute des cils.

La malade est frictionnée. Après dix jours de traitement, les ulcérations sont fermées. En treize jours la guérison est complète et s'est maintenue un mois après.

Obs. 6. — Blépharite ulcéreuse chez un convalescent de rougeole à infections multiples, par conséquent en état de moindre résistance.

La guérison parfaite s'effectue du 3 au 12 avril.

Obs. 10. — Chez cet enfant atteint à la fois de kératite phlycténulaire et de blépharite, les frictions produisent la guérison de la blépharite en douze jours environ ; la kératite persiste encore et pendant la durée du traitement de cette dernière affection qui s'est prolongée plus d'un mois, les bords ciliaires sont restés indemnes de toute récidive.

Le dernier fait est à rapprocher de l'observation analogue de Grilli où la guérison de la blépharite s'est maintenue malgré la récidive des lésions conjonctivales que l'on aurait pu invoquer comme cause première.

Passons aux formes anciennes :

L'observation 7 nous offre une blépharite ulcéreuse datant de dix-huit mois dont les lésions s'effacent en une dizaine de jours. Dans l'observation 9, nous trouvons à la fois une conjonctivite granuleuse et une blépharite ulcéreuse vieille de deux ans dont les lésions profondes et très étendues disparaissent après une trentaine de frictions. La malade de l'observation 2 est guérie en quinze jours d'une blépharite durant depuis près de dix ans. Notons qu'il s'agissait d'un cas rebelle à tous les traitements et dans lequel la solution faible de sublimé donnait des phénomènes de vive irritation.

On voit par conséquent que les blépharites ulcé-

reuses aiguës, récentes, reliquats de rougeoles ou d'affections conjonctivales et cornéennes, ne résistent guère plus d'une dizaine de jours à des frictions soigneuses, régulièrement faites.

On ne peut assigner une durée aussi précise au traitement des blépharites invétérées, durant depuis deux, trois ans et davantage, bien que la guérison soit parfois rapide, comme dans la dernière observation citée. Du moins réussit-on où de nombreux traitements avaient déjà échoué.

L'observation 8 n'est pas sans intérêt. L'inflammation du bord palpébral inférieur gauche sans abcès mais avec perte des cils et tendance à l'atrophie revêt un caractère de chronicité, qui confirme la tendance aux récidives. Le traitement effectué durant vingt-cinq jours, en trois reprises, assure la guérison.

Dans les formes chroniques, comme celle-ci, quand il n'y a pas de dégâts irréparables, le résultat final pour être un peu éloigné n'en est pas moins excellent. Mais si le processus scléreux est avancé, l'effet est désormais très réduit. Il n'est pas à négliger cependant, car en protégeant les points encore intacts, on met le malade à l'abri d'une atrophie complète de son bord ciliaire.

*Blépharites sèches.* — Ces formes beaucoup plus rares que les premières ne se sont guère présentées à nous à l'état pur. Mais il semble que dans l'observation I, il y ait eu au déclin de l'affection une forme à sécrétion jaunâtre non purulente. Dans plusieurs cas (obs. VIII en particulier) nous avons remar-

qué un état furfuracé, pityriasique du bord ciliaire, remontant sur la région voisine de la paupière. L'amélioration a toujours été lente à se produire ; les squames et la sécrétion ont néanmoins disparu. Il n'y a pas lieu de s'en étonner, si l'on songe à la ténacité des affections séborrhéiques et pityriasiques du cuir chevelu ; mais on peut admettre que l'hermophényl exerce une heureuse action contre l'élément microbien admis dans certaines d'entre elles.

5° *La chute des cils* est un phénomène constant dans les blépharites ulcéreuses. L'infection est essentiellement folliculaire et le bulbe est touché dès que la folliculite est devenue profonde.

L'influence de l'hermophényl paraît incontestable contre ce symptôme ; s'agit-il d'une infection récente, comme dans les observations V, VI, VII, X la repousse ne se fait pas attendre et les cils ont bientôt repris leur nombre.

Dans les formes anciennes, observation I, VIII, IX l'amélioration est plus lente, mais nous avons toujours constaté que des cils nouveaux apparaissent dès que l'infection rétrocédait, et chez les trois malades les cils étaient en nombre satisfaisant quand on put considérer la blépharite comme guérie.

6° Les frictions à l'hermophényl *ne sont pas douloureuses* et ne causent aux patients qu'un picotement très supportable. La solution du sel mercuriel au titre que l'on emploie n'est évidemment pas irritante pour le bord palpébral et la friction un peu appuyée qu'il faut pratiquer ne donne pas de sen-

sation bien désagréable. Les enfants que nous avons souvent eu l'occasion de traiter ainsi, ont constamment fait preuve d'une docilité parfaite, acceptant le traitement sans aucune répugnance dès qu'ils étaient apprivoisés. Ils se bornent à contracter énergiquement leur orbiculaire protégeant instinctivement la conjonctive et facilitant d'autant le nettoyage du bord ciliaire.

Une petite quantité de liquide peut néanmoins pénétrer jusqu'à la conjonctive. Il n'en résulte aucun phénomène fâcheux. On sait que cette membrane n'est pas irritée par des solutions mêmes concentrées (1) d'hermophényl.

Nous avons rencontré chez une fillette une véritable intolérance à son égard. Le résumé de son observation offre un certain intérêt :

T... Marie, treize ans, de tempérament lymphatique.

Blépharite ulcéreuse bilatérale avec folliculite récidivante et épaississement du bord ciliaire. La paupière inférieure gauche est à peu près dépourvue de cils. Le début remonterait à trois ans. Mais le traitement n'est effectué que depuis un an. La pommade jaune employée alors produisit une amélioration. La récidive, qui s'est manifestée depuis, a

---

1. Un gramme pour 30 dans les expériences de M. Lumière. 1 gramme pour 100 à 1 gramme pour 30 dans la communication du Dr L. Bérard de Lyon (*Bulletin médical de Paris*, 4 mai 1901).

été traitée durant six jours par l'hermophényl au 1/100. Mais on a dû l'abandonner à cause de l'irritation très vive de la conjonctive et des paupières et de la douleur qu'il provoquait. Les attouchements à l'eau d'Alibour pure qui furent institués, ont sensiblement atténué la blépharite, mais fort lentement.

Cette intolérance spéciale méritait d'être signalée. Elle paraît exceptionnelle et due à une idiosyncrasie telle qu'il en existe pour la plupart des médicaments un peu actifs. Les symptômes n'ont du moins aucune gravité.

En somme l'ensemble des malades n'éprouvent ni douleur vive pendant le brossage ciliaire, ni inflammation conjonctivale dans les heures suivantes.

7° On ne doit pas oublier enfin que la blépharite est une maladie tenace avec des retours offensifs fréquents et à longue échéance.

L'attention doit être éveillée aussi sur le microbisme normal de la paupière et les transformations virulentes de ses hôtes parasites habituellement inoffensifs. A ces causes directes d'un réveil morbide se joignent les causes locales, multiples, on le sait, et générales qui contribuent à la localisation ciliaire. Il est entendu qu'elles seront traitées et poursuivies rigoureusement, concurremment avec la blépharite elle-même. Mais souvent on ne parviendra que lentement à supprimer la cause première du mal, surtout lorsque ce sera une diathèse scrofuleuse ou lymphatique.

Pour tous ces motifs, les malades guéris doivent

être attentivement surveillés et le mieux est de les soumettre à un traitement préventif des récidives.

L'observation II donne un exemple de ce que peut être ce traitement et de son utilité : une blépharite datant d'une dizaine d'années guérie en quinze jours après avoir résisté à tous les agents employés, n'a point récidivé deux ans après, grâce à deux frictions par semaine continuées à titre préventif.

## CONCLUSIONS

1° L'hermophényl est un antiseptique énergique, ne coagulant pas les albumines, d'une grande puissance de pénétration. Il n'est pas irritant pour la conjonctive.

Son emploi est donc logique contre les blépharites ciliaires dont les plus récents travaux démontrent l'origine microbienne.

2° On peut conseiller la technique suivante :

Frictions quotidiennes énergiques du bord ciliaire, avec un tampon d'ouate aseptique imbibé d'une solution d'hermophényl à 1 o/o.

Il est utile, pour prévenir les récidives, de pratiquer après la guérison un ou deux brossages par semaine.

3° Les blépharites ulcéreuses à leur début, les récidives ainsi traitées sont arrêtées en très peu de temps.

Moins rapide par suite de la profondeur des lésions la guérison des blépharites ulcéreuses graves

est le plus souvent complète en une quinzaine de jours.

Les formes sèches paraissent améliorées et parfois guéries par ce traitement.

---

Vu le Président de la thèse :
DE LAPERSONNE

Vu le Doyen :
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
LIARD

Imp. de la Faculté de Médecine, Bonvalot-Jouve, 15, rue Racine, Paris